

ORIGINAL ARTICLE

J Korean
Neuropsychiatr Assoc
2014;53(6):364-369
Print ISSN 1015-4817
Online ISSN 2289-0963
www.jknpa.org

마음건강수준과 사회적 지지, 심리적 고통이 지역사회 정신보건 서비스를 이용하는 만성 조현병 환자의 자살사고에 미치는 영향

을지대학교 의과대학 을지대학교병원 정신건강의학교실,¹ 한남대학교 사회복지학과,²
충청남도 광역정신보건센터³

서동대¹ · 최경숙¹ · 박우리¹ · 이미림² · 김도윤³ · 유제춘¹

The Effects of Mental Fitness, Social Support and Psychological Distress on Suicidal Idea of People with Schizophrenia Using Community Mental Health Services

Dong-Dae Seo, MD¹, Kyeong-Suk Choi, MD, PhD¹, Wu-Ri Park, MD¹,
Mi-Rim Lee, PhD², Do-Yun Kim, PhD³, and Je-Chun Yu, MD¹

¹Department of Psychiatry, Eulji University School of Medicine, Eulji University Hospital, Daejeon, Korea

²Department of Social Welfare, Hannam University, Daejeon, Korea

³Chungcheongnam-do Mental Health Center, Hongseong, Korea

Objectives The objective of this study was to analyze the relationships of psychological distress, social support, mental fitness and suicidal idea among patients of chronic schizophrenia using community mental health services.

Methods This study was conducted in patients who visited the mental health services in Daejeon from October to December 2011. In total, 395 chronic schizophrenic patients were evaluated using Mental Fitness Scale (MFS), Kessler Psychological Distress Scale (K10), and Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS).

Results Results showed that 37% (n=146) of patients had suicidal ideas and 63% (n=249) of patients did not have suicidal ideas. The group that had suicidal ideas showed significantly lower scores on MFS, K10, and MSPSS than the group with no suicidal ideas (p=0.000). Logistic regression analysis showed a significantly lower score on MFS, K10 for the suicidal ideation group than the group with no suicidal ideas.

Conclusion These results suggest that health care providers should consider mental fitness and psychological distress, in order to prevent suicidal idea of schizophrenic patients.

J Korean Neuropsychiatr Assoc 2014;53(6):364-369

KEY WORDS Mental fitness · Social support · Psychological distress · Suicidal idea · Schizophrenia.

Received June 9, 2014
Revised June 30, 2014
Accepted September 17, 2014

Address for correspondence
Je-Chun Yu, MD
Department of Psychiatry,
Eulji University School of Medicine,
Eulji University Hospital,
95 Dunsanseo-ro, Seo-gu,
Daejeon 302-799, Korea
Tel +82-42-611-3442
Fax +82-42-611-3445
E-mail jcyu@eulji.ac.kr

서론

매년 전 세계적으로 80만 명이 넘는 사람들이 자살로 인해 사망을 하고 이는 40초마다 1명씩 자살로 사망을 한다고 볼 수 있는 수치이다.¹⁾ 이처럼 전 세계적으로 자살이 문제가 되고 있는 가운데 우리나라의 자살로 인한 사망 또한 점차 증가하고 있다.²⁾ 경제협력개발기구(Organization for Economic Co-operation and Development, 이하 OECD)의 보고에 의하면 2012년 한국의 자살률은 10만 명당 28.1명으로 OECD

회원 국가 중 가장 높고 빠른 증가세를 보이고 있다.³⁾ 국내의 경우 통계청에서 발표한 2012년 사망원인 통계 결과에서 자살 사망자 수는 2012년 한 해 14160명, 하루 평균 38.7명으로 나타났다. 최근 10년 동안 운수사고나 화재사고, 익수사고 및 중독사고 등의 사망률은 감소하였는 데 비해 자살률은 10년 전보다 2배 이상 증가하였고 10년간 전체 사망원인의 4위로 상승하였다. 특히 10대, 20대, 30대에는 자살이 사망원인 중 1위를 차지하여 이에 대한 대책을 마련하는 것이 시급한 상황이다.

이처럼 자살이 사회적 문제가 되고 있는 상황에서 조현병을 앓고 있는 환자들에서도 자살은 큰 문제가 되고 있다. Bushe 등⁴⁾의 연구에 따르면 조현병 환자의 사망에 있어 자살이 기여하는 비율은 최대 46%를 차지한다. 또한 조현병 환자의 절반이 평생 중 어느 한 시점에서 자살사고 또는 자살 시도를 한다는 보고도 있으며 평생 동안 자살에 성공할 확률은 10~15%에 이른다.⁵⁻¹⁰⁾

조현병 환자의 자살 위험성과 관련한 많은 요인들이 선행 연구에 의해 밝혀져 있다. 위험 요인에는 자살 시도의 과거력, 낮은 교육 수준, 잦은 입원, 여성, 병의 중증도(망상, 환청, 우울증 등), 사회적 고립 정도 등이 있다.^{11,12)} 조현병 환자의 자살과 관련하여 영향을 줄 수 있는 위험요인 외에 자살생각에 보호요인으로 작용할 수 있는 사회적 요인도 이미 밝혀져 있는데 여기에는 사회적 지지, 긍정적 대처 기술, 삶에 대한 만족도 등이 있다.¹²⁾

Chioqueta와 Stiles¹³⁾의 연구에서 사회적 지지는 자살사고 발생률을 낮추는 데 직접적으로 작용하고 자살사고를 예측하는 중요한 요인으로 밝혀져 있다. 또한 사회적 지지는 자존감과 같은 다른 자살사고의 보호요인을 증가시켜 자살사고를 감소시킨다.^{14,15)} 사회적 지지는 지금까지 다양하고 광범위하게 정의되어 왔는데, 환자가 인식하는 가족 및 중요한 사람으로부터의 도움으로서 대인관계 안에서 다양한 기능을 제공한다고 이해될 수 있다. 그 기능들로는, 1) 돌봄, 사랑, 공감 등을 표현하는 정서적 지지(emotional support), 2) 직접적인 도움의 수단을 제공하는 도구적 지지(instrumental support), 3) 문제의 해결을 위한 정보, 조언 혹은 의견교환의 제공, 4) 자기 평가에 관련된 정보제공 측면의 평가적 지지(appraisal support), 5) 여가나 취미 활동 안에서 타인과 함께 하는 것 등을 포함한 사회적 교류(social companionship) 등이 있다.¹⁶⁾ 사회적 지지는 스트레스에 대한 대처를 돕는 타인이 주위에 있다는 것을 의미하며 스트레스 상황에 노출되는 개인에 대해 위기나 상황의 변화시 적응을 돕는 변수로 알려져 있고, 이는 역시 자살사고의 감소에도 영향을 준다.¹⁷⁾ 또 Kleiman과 Liu¹⁸⁾의 연구에서 사회적 지지 수준이 높을수록 자살사고의 위험성이 감소한다는 것이 밝혀져 있다.

만성 조현병 환자군의 자살사고에 긍정적 영향을 끼칠 수 있는 다른 보호요인으로 마음건강수준을 고려해볼 수 있다. 마음건강수준에서 '마음이 건강한 상태'는 '자신에 대해 긍정적인 평가를 할 수 있고, 미래에 대한 희망을 가지고 있으며, 인생의 중요한 사건들에 대해 통제할 수 있으며, 긍정적인 대인관계를 지속할 수 있는 능력을 지닌 상태'를 말하고 이러한 긍정적 정신 상태를 '마음 건강(mental fitness)'이라 지칭한다.¹⁹⁻²²⁾ 기존의 질병 개념에서는 증상이나 병의 정도

에 대한 이해와 평가에 집중하여 '마음이 건강한 상태'에 대한 관심을 두지 않았었지만 최근 정신건강에 대한 개념의 변화가 있어서 기존의 질병에 집중하는 모델에서 점차 정신이 건강한 상태에 주목하는 방향으로 변화가 이루어지고 있다.^{23,24)} 이러한 개념을 통해 만성 조현병 환자의 증상 유무에만 집중하는 것에서 벗어나 개별 환자가 갖고 있는 저항력 혹은 회복력(resilience)을 고려함으로써 환자의 정신건강 수준이나 재발 혹은 자살의 위험성을 보다 포괄적으로 평가할 수 있을 것으로 생각된다.

기존의 연구들에서 조현병 환자들의 자살 위험과 관련된 많은 요인들이 밝혀져 있지만, 이런 요인들에 대해서 정신건강증진센터나 사회복귀시설과 같은 지역사회에서는 평가 및 그 결과에 대한 해석과 대처가 용이하지 않은 부분이 있다. 최근 전 세계적인 추세와 우리나라의 정신보건 정책도 입원이나 병원 위주의 만성 정신질환 관리에서 지역사회 중심으로 중심축이 옮겨가고 있고 실제 많은 환자들이 지역사회 기관에서 관리를 받고 있는 실정이다. 그런 상태에서 지역사회에서 정신보건 요원들이 병의 증상 이외에도 조현병 환자의 자살 위험성에 대해 쉽게 평가하고 위험성을 줄이는 데 참고할 수 있는 다양한 요인에 대한 연구가 필요하다고 생각하였다.

따라서 이 연구에서는 병의 증상 외에 만성 조현병 환자의 자살생각을 감소시키는 데 기여할 수 있을 것으로 생각되는 마음건강수준과 사회적 지지의 효과에 대해 살펴보고자 한다. 또한 조현병 환자들이 취약하다고 알려져 있는 심리적 공통 수준²⁵⁾과 자살과의 연관성을 조사함으로써 기존 관점의 한계를 보완하고 지역사회에서의 예방적, 치료적 환경 조성에 발전적 시각을 제공하고자 한다.

방 법

대 상

연구대상은 만 18세 이상의 대전광역시 지역의 정신건강증진센터 및 정신장애인 사회복귀시설의 정신보건서비스 이용자들 중 조현병으로 진단 받은 환자들을 대상으로 하여 표집은 할당표본추출방법으로 설문조사를 실시하였다. 조현병의 진단은 이용자들의 담당 의사로부터 발부 받은 진단서를 바탕으로 하였다. 설문조사 기간은 2011년 10월부터 12월까지 이루어졌으며, 참여자들은 본 연구에 대한 사전 서면 동의(written informed consent) 과정을 거쳤다. 본 연구의 계획과 방법은 을지대학병원 연구윤리심사위원회의 승인을 받았다. 자료 수집은 연구자들이 설문조사 참여에 동의한 정신보건서비스 이용자들에게 설문지를 배포하고 수거하는 방

법으로 이루어졌다. 연구대상자는 설문지에 응답한 395명으로 하였다.

연구대상자의 시설이용형태(복수응답가능)는 주간재활이 173명(33.5%), 직업재활은 107명(20.7%), 재가방문은 146명(28.3%), 주거는 48명(9.3%), 기타는 42명(8.1%)이었고, 센터 및 시설 이용기간은 3개월 이상~6개월 미만은 76명(19.2%), 6개월 이상~1년 미만은 46명(11.6%), 1년 이상~3년 미만은 106명(26.8%), 3년 이상~4년 미만은 74명(18.7%), 4년 이상~5년 미만은 20명(5.1%), 5년 이상은 75명(18.5%)이었다.

측정도구

Mental Fitness Scale(MFS)

Mental Fitness Scale(이하 MFS)은 Cho 등²⁶⁾이 개발한 마음건강 측정도구로, 모두 20문항으로 구성되어 있다. 이는 하위척도인 정신적 에너지 8문항, 공감적 소통 6문항, 심리적 유연성 4문항과 자기 확신 2문항으로 이루어졌다. 각각의 문항은 0점 '전혀 아니다'에서부터 4점 '매우 그렇다'까지의 리커트 척도이며, 총점은 0~80점까지의 분포로 점수가 높을수록 마음건강이 좋은 상태를 말한다. 점수는 평균평점을 가지고 분석하였다. 도구의 신뢰도는 개발 당시에는 Cronbach's $\alpha=0.90$ 이었으며 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha=0.86$ 이었다.

Kessler Psychological Distress Scale(K10)

Kessler Psychological Distress Scale(이하 K10)은 환자들의 심리적 고통 수준을 평가하기 위해 Kessler 등²⁷⁾이 개발한 척도이다. K10은 모두 10문항으로 구성되어 있으며, 대표적인 문항은 "아무 이유 없이 피곤하다고 느낀 경우가 있었습니까?", "절망적이라고 느낀 경우가 있었습니까?" 등이다. 각각의 문항은 1점 '항상 그렇다'에서부터 5점 '전혀 아니다'까지의 리커트 척도로 점수가 높을수록 심리적 고통이 적은 것을 의미한다. 점수는 평균평점을 가지고 분석하였다. 본 연구에서는 Kim²⁸⁾이 번안하여 표준화한 척도를 사용하였으며, 이들이 보고한 Cronbach's α 신뢰도 계수는 0.94였고 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha=0.88$ 로 측정되었다. 민감도와 특이도를 고려한 심리적 고통 수준의 변환 절단 점수는 13점으로 측정되었고 이보다 높을 시 심리적 고통 수준이 높다는 것을 의미한다.²⁸⁾

Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)

사회적 지지를 측정하기 위하여 Multidimensional Scale

of Perceived Social Support(이하 MSPSS)를 사용하였다. 이 척도는 Zimet 등²⁹⁾에 의해 개발된 것으로 가족(family), 친구(friends), 의미 있는 주변인(others)으로부터 적절한 사회적 지지를 받고 있다고 인식하는 정도를 측정하기 위해 12항목으로 만들어진 척도이다. 항목은 가족, 친구, 의미 있는 주변인의 세 하위척도로 구성되어 있고 분야별로 각각 4개의 하위문항이 있어 총 12개 문항으로 구성되어 있다. 각각의 문항은 1점 '전혀 아니다'에서부터 5점 '정말 그렇다'까지의 리커트 척도로, 총 점수의 범위는 12~60점으로 점수가 높을수록 지각된 사회적 지지의 정도가 높음을 의미한다. 점수는 평균평점을 가지고 분석하였다. 본 연구에서는 Lee³⁰⁾가 번안하여 수정 보완한 척도를 사용하였으며, 이들이 보고한 Cronbach's α 신뢰도 계수는 0.80이었고 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha=0.90$ 으로 측정되었다.

통계분석

본 연구의 자료 분석은 설문지를 통해 수집된 자료를 Statistical Package for the Social Sciences ver 14.0 Windows (SPSS Inc., Chicago, IL, USA)로 분석하였고 유의수준은 0.05미만으로 하였다. 먼저, 사용된 모든 측정도구는 Cronbach's α 계수를 활용하여 신뢰도를 검토하였고, 대상자의 일반적 특성들의 특성을 파악하기 위하여 기술 분석을 실시하였다. 자살사고군과 비자살사고군으로 나누어 각 군의 성별, 연령, 결혼유무, 동거인, 교육수준, 수입을 t검정과 카이제곱 검정을 통해 비교하였다. 또 두 그룹 간의 MFS, K10, MSPSS의 점수를 t검정을 사용하여 비교하였으며 MSPSS는 가족, 친구, 지인으로 나누어 비교하였다. 선행연구에서 밝혀진 자살생각에 영향을 미치는 요인 중 본 조사에서 연구된 결혼여부, 독신 여부, 나이와 성별을 MFS, K10, MSPSS와 함께 독립변수로 포함하여 이들의 교란변수로서의 영향을 통제하며 로지스틱 회귀 분석을 실시하였다.

결 과

연구대상의 일반적 특성

총 395명의 대상자가 모집되었으며 최근 1년간 자살사고를 한 적이 있는지 유무에 따라 두 가지군으로 나누었다. 자살사고군은 146명, 비자살사고군은 249명으로 조사되었다(표 1). 자살사고군에서 남자는 75명, 여자는 71명이었으며 평균 연령은 43.47세, 표준편차는 11.48이었다. 비자살사고군에서 남자는 145명, 여자는 104명이었으며 평균연령은 42.89세 표준편차는 9.65였다.

전체적으로 미혼의 비율이 높았으며[자살사고군 85명

Table 1. Demographic and clinical characteristics of the subjects

	No suicidal ideation (n=249)	Suicidal ideation (n=146)	† ro χ^2	p
Age	42.89±9.65	43.47±11.48	-0.541	0.589
Sex (male, %)	58.2	51.4	1.757	0.185
Marital status			0.044	0.833
Single	161 (64.7%)	85 (58.2%)		
Married	88 (35.3%)	61 (41.8%)		
Living with			3.505	0.061
Single	46 (20.3%)	39 (28.9%)		
Family	181 (79.7%)	96 (71.1%)		
Education			3.933	0.061
Uneducated	3 (1.2%)	4 (2.7%)		
Primary school	21 (8.4%)	13 (8.9%)		
Middle school	33 (13.3%)	26 (17.8%)		
High school	136 (54.6%)	74 (50.7%)		
Bachelor's degree or higher	56 (22.5%)	29 (19.9%)		
Income (10 thousand won)			1.336	0.248
0-100	158 (63.5%)	101 (69.2%)		
100-150 or higher	91 (36.5%)	45 (30.8%)		

Table 2. Comparison of the two patients groups on MFS, K10 and MSPSS

	No suicidal ideation	Suicidal ideation	†	p
MFS	44.27±11.6	35.83±12.14	6.767	0.001
K10	31.15±6.8	23.52±6.5	10.972	0.001
MSPSS	38.43±8.67	33.89±9.37	4.772	0.001
Family support	13.54±3.15	11.94±3.57	4.469	0.001
Friend support	11.49±3.67	9.87±3.56	4.304	0.001
Acquaintance support	13.18±3.28	11.84±3.98	3.421	0.001

MFS : Mental Fitness Scale, K10 : Kessler Psychological Distress Scale, MSPSS : Multidimensional Scale of Perceived Social Support

(58.2%), 비자살사고군 161명(64.7%)] 현재 혼자서 살고 있는 비율도 자살사고군과 비자살사고군 각각 46명(20.3%), 39명(28.9%)으로 상당부분을 차지하였다. 가족구성원의 전체 월 평균 소득을 조사한 자료에서 월 100만 원 미만이라고 보고 한 수는 자살사고군과 비자살사고군 각각 158명(63.5%), 101명(69.2%)을 차지하였다.

하지만 앞서 언급한 두 집단 간의 일반적 특성에서 유의한 차이는 없었으며 그 외에 두 집단 간의 성별, 동거인 유무, 학력 또한 유의한 차이가 없었다.

자살사고군과 비자살사고군의 MFS, K10, MSPSS 비교

자살사고군과 비자살사고군의 MFS, K10, MSPSS(가족, 친구, 지인의 지지) 점수를 각각 비교하였다(표 2). 자살사고군은 MFS, K10, MSPSS 모두에서 비자살사고군에 비해 점수가 의미 있게 낮았다($p<0.05$, $p<0.05$, $p<0.05$). MSPSS를 가족, 친구, 지인의 지지로 나누어서 따로 비교하였을 때에도 역시 자살사고군에서 의미 있게 낮은 점수를 보였다($p<0.05$, $p<0.05$, $p<0.05$).

자살사고군과 비자살사고군의 로지스틱 회귀 분석

자살사고군과 비자살사고군의 MFS, K10, MSPSS의 비교에서 이전 연구에서 조현병 환자의 자살률에 영향을 끼친다고 알려진 교란변수를 포함하여 로지스틱 회귀 분석을 실시하였다(표 3). 성별, 연령, 동거인의 유무, 결혼 유무, 수입의 영향을 보정한 상태에서 볼 때 MFS와 K10은 자살사고 유무에 영향을 주는 요인으로 판단할 수 있다($p<0.05$, $p<0.05$). MFS와 K10은 점수가 높을수록 각각 마음건강수준이 높은 것과 심리적 고통 수준이 낮다는 것을 의미하며, 각각의 점수가 높을 때 자살사고위험도는 각각 0.96배, 0.86배로 나타났다. 반면 MSPSS는 교란변수를 보정한 뒤 유의성이 사라지는 것 관찰할 수 있다($p=0.372$).

고 찰

본 연구는 지역사회 정신보건 서비스를 이용하는 만성 조현병 환자의 자살생각에 영향을 미치는 요인들을 파악하고 자살생각을 감소시킬 수 있는 보호요인들을 선정하여 그 영

Table 3. Logistic regression analyses : sex, age, family characteristics and income influencing suicidal idea of schizophrenic patients

	B	SE	Wals	p	OR	95% CI
Sex (female)	-0.235	0.268	0.768	0.381	0.791	0.468-1.337
Age	-0.003	0.014	0.051	0.821	0.997	0.971-1.024
Marital status (unmarried)	0.185	0.441	0.175	0.676	1.203	0.506-2.857
Live alone	0.622	0.320	3.770	0.052	1.862	0.994-3.489
Income	-0.168	0.296	0.322	0.571	1.183	0.662-2.115
K10	-0.142	0.021	45.065	<0.001	0.867	0.832-0.904
MSPSS	-0.031	0.018	0.796	0.372	0.984	0.951-1.019
MFS	0.168	0.015	4.565	0.033	0.969	0.941-0.947

MFS : Mental Fitness Scale, K10 : Kessler Psychological Distress Scale, MSPSS : Multidimensional Scale of Perceived Social Support, SE : Standard error, OR : Odds ratio, CI : Confidence interval

향력을 알아보는 데 목적을 두었다. 자살 생각을 감소시킬 수 있는 보호요인을 찾기 위해 K10, MSPSS, MFS의 척도를 통하여 분석을 하였다.

먼저 K10은 자살사고군과 비자살사고군 간의 평균 점수에서 유의한 차이를 보였다. 이로 미루어 보아 자살사고군의 심리적 고통의 수준이 유의미하게 높다는 것을 알 수 있다. 성별, 연령, 동거인의 유무, 결혼 유무, 수입의 영향을 보정한 상태에서 로지스틱 회귀분석을 실시하였을 때에도 점수가 높을수록 심리적 고통 지수가 낮은 것을 의미하는 K10의 자살사고의 위험도는 0.86배로 나타났다. 이로써 자살사고와 심리적 고통 간에 관련이 있고 K10이 지역사회 정신보건 서비스를 이용하는 환자들을 대상으로 자살사고의 위험도를 간접적으로 측정할 수 있는 유용한 도구가 될 수 있음을 알 수 있다. Paykel³¹⁾의 연구에서도 선행하는 스트레스 요소와 자살과는 밀접한 관련이 있음이 밝혀져 있고 본 연구에서도 동일한 결과를 보여주었다.

Kim²⁸⁾이 시행한 K10의 타당화 연구에서 밝혀진 절단점수는 13점인데 본 연구에서 자살사고군은 97%, 비자살사고군에서 82%의 환자가 절단점수보다 높은 점수를 확인할 수 있다. 이를 통해 만성 조현병환자에서 기본적으로 심리적 고통 수준이 높다는 사실을 알 수 있다.

Mental Fitness Scale은 정신병리를 포함한 부정적인 정서 대신 긍정적인 정서의 평가에 초점을 두고 만들어진 것으로 MFS가 만성 조현병환자군에서 조사된 것은 이번 연구가 처음이다. MFS의 경우에도 자살사고군과 비자살사고군 간의 점수 평균은 유의미한 차이를 보이며 자살사고군보다 비자살사고군에서 마음건강수준이 유의미하게 높다는 사실을 알 수 있었다. 건강한 사람들뿐만 아니라 조현병을 앓고 있는 사람들도 마음건강수준이 높을수록 자살사고의 위험도가 감소하며, 마음건강수준이 높은 경우 0.96배로 자살사고에 보호요인으로 작용한다는 것을 알 수 있다. 이를 통해 만성 조현병 환자의 증상 유무 외에도 환자들의 마음건강수준에도 관심을 기울여야 한다는 것을 알 수 있으며, 이 척도 역

시 지역사회에서 정신보건 서비스를 받고 있는 환자들에게 자살의 위험성을 쉽게 평가할 수 있는 도구가 될 수 있음을 확인할 수 있다.

Kleiman과 Liu¹⁸⁾와 Poudel-Tandukar 등³²⁾의 기존의 연구에서 사회적 지지는 자살의 보호요인으로 보고하고 있다. 본 연구에서도 MSPSS를 통하여 사회적 지지가 자살사고에 영향을 끼치는 여부를 알아보려고 하였다. 자살사고군과 비자살사고군의 MSPSS의 점수는 유의하게 차이가 났지만 성별, 연령, 동거인의 유무, 결혼 유무, 수입의 영향을 보정한 상태에서 로지스틱 회귀분석을 실시하였을 때에는 유의한 차이가 나지 않았다. 기존의 연구에서 건강한 사람들을 대상으로 자살의 보호요인으로 나타났던 사회적 지지가 이번 연구의 혼란변수 통제 후에 통계적 유의성을 잃은 이유는 서양과의 문화적 차이도 생각할 수 있지만, 조현병 환자의 경우에는 사회적 지지가 환자를 둘러싼 중요한 인물들과의 관계와 일반 인구보다 더 밀접한 연관이 있어서 동거인의 유무나 결혼의 유무 등과 관련이 있기 때문이라고 생각할 수 있다. 그러므로 지역사회 정신보건 서비스를 이용하는 환자들에게는 동거인의 유무, 결혼의 유무를 사회적 지지와 함께 자살의 위험성을 평가하는 데 반드시 고려해야 할 것으로 생각된다.

본 연구는 다음과 같은 제한점이 있다. 첫 번째로 만성 조현병 환자군의 증상의 심각도 평가가 이루어지지 않았다. 만성 조현병을 앓고 있으며 정신보건센터를 이용할 정도의 기능이 유지되는 환자군을 대상으로 하였지만 정신병적 증상으로 인해 증상 자체가 자살사고에 영향을 미쳤을 가능성을 고려하지 않았다. 두 번째로 본 연구에서 조사한 성별, 연령, 동거인의 유무, 결혼의 요인 외에도 조현병 환자의 자살위험 요인으로 알려진 우울증 등의 공존 질환, 자살시도의 과거력, 약물 남용, 현저한 양성증상 등의 요인을 분석에서 고려하지 않았다. 세 번째로 본 연구는 대전 지역의 정신건강증진센터 및 사회복지시설의 정신보건 서비스 이용자들을 대상으로 하여 지역편차를 고려하지 못했고, 전체 만성 조현병

환자들을 대표하는 집단을 대상으로 하지 못했다는 점에서 일반화하기 어려운 부분이 있다. 후속 연구에서는 이러한 단점들을 고려하여 증상에 대한 평가 및 다른 요인들에 대한 평가가 반드시 이루어져야 할 것이다.

이러한 단점에도 불구하고 비교적 많은 환자군을 대상으로 지역사회 조사를 했다는 점에서 지역사회 환자군에 대한 대표성이 있을 수 있다. 또한 만성 조현병 환자의 증상 유무 평가 외에도 마음건강수준, 심리적 고통, 사회적 지지에 대한 인식을 하는 것이 자살사고를 예방하는 데 있어 효과가 있다는 점을 확인한 것이 의미가 있으며 만성 조현병 환자를 대상으로 마음건강수준을 조사한 최초의 연구라는 점에서 의미가 있다고 생각된다.

결론

본 연구에서 만성 조현병 환자의 자살사고에 높은 마음건강수준과 낮은 심리적 고통 수준은 보호요인으로 밝혀졌다. 최근 지역사회 중심의 정신보건정책이 시행됨에 따라 높은 자살위험을 갖고 있는 것으로 알려진 만성 조현병 환자들이 지역사회에 더 많이 거주하게 되는 추세가 진행되고 있다. 따라서 이들을 관리하는 지역사회 정신보건기관들에서는 이들의 마음건강수준과 심리적 고통 수준에 관심을 가지고 자살로 생을 마감하지 않도록 관심을 기울여야 할 것으로 생각된다.

중심 단어 : 심리적 고통 · 정신건강 · 사회적 지지 · 자살사고 · 조현병.

Conflicts of Interest

The authors have no financial conflicts of interest.

REFERENCES

- 1) World Health Organization. Suicide prevention (SUPRE). Geneva: World Health Organization;2013.
- 2) Statistics Korea. Annual report on the cause of death statistics. Daejeon: Statistics Korea;2012.
- 3) OECD. OECD Factbook 2011-2012: Economic, Environmental and Social Statistics. Paris: OECD Publishing;2012.
- 4) Bushe CJ, Taylor M, Haukka J. Mortality in schizophrenia: a measurable clinical endpoint. *J Psychopharmacol* 2010;24(4 Suppl):17-25.
- 5) Fenton WS, McGlashan TH, Victor BJ, Blyler CR. Symptoms, subtype, and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Am J Psychiatry* 1997;154:199-204.
- 6) Fenton WS. Depression, suicide, and suicide prevention in schizophrenia. *Suicide Life Threat Behav* 2000;30:34-49.
- 7) Harkavy-Friedman JM, Kimhy D, Nelson EA, Venarde DF, Malaspina D, Mann JJ. Suicide attempts in schizophrenia: the role of command auditory hallucinations for suicide. *J Clin Psychiatry* 2003;64:871-874.
- 8) Kontaxakis V, Havaki-Kontaxaki B, Margariti M, Stamouli S, Kollias C, Christodoulou G. Suicidal ideation in inpatients with acute schizophrenia. *Can J Psychiatry* 2004;49:476-479.
- 9) Nieto E, Vieta E, Gastó C, Vallejo J, Cirera E. Suicide attempts of high medical seriousness in schizophrenic patients. *Compr Psychiatry* 1992;33:384-387.
- 10) Tarrier N, Barrowclough C, Andrews B, Gregg L. Risk of non-fatal suicide ideation and behaviour in recent onset schizophrenia--the influence of clinical, social, self-esteem and demographic factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:927-937.
- 11) Addington DE, Addington JM. Attempted suicide and depression in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1992;85:288-291.
- 12) Montross LP, Zisook S, Kasckow J. Suicide among patients with schizophrenia: a consideration of risk and protective factors. *Ann Clin Psychiatry* 2005;17:173-182.
- 13) Chioqueta AP, Stiles TC. The relationship between psychological buffers, hopelessness, and suicidal ideation: identification of protective factors. *Crisis* 2007;28:67-73.
- 14) Kleiman EM, Riskind JH. Utilized social support and self-esteem mediate the relationship between perceived social support and suicide ideation. A test of a multiple mediator model. *Crisis* 2013;34:42-49.
- 15) Meadows LA, Kaslow NJ, Thompson MP, Jurkovic GJ. Protective factors against suicide attempt risk among African American women experiencing intimate partner violence. *Am J Community Psychol* 2005;36:109-121.
- 16) Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med* 1991;32:705-714.
- 17) Dean A, Lin N. The stress-buffering role of social support. Problems and prospects for systematic investigation. *J Nerv Ment Dis* 1977; 165:403-417.
- 18) Kleiman EM, Liu RT. Social support as a protective factor in suicide: findings from two nationally representative samples. *J Affect Disord* 2013;150:540-545.
- 19) Diener E, Diener M, Diener C. Factors predicting the subjective well-being of nations. *J Pers Soc Psychol* 1995;69:851-864.
- 20) Kwon SM. Positive psychology. Seoul: Hakjisa;2008. p.475-501.
- 21) Won DR, Kim KH. How can we pursue psychological well-being: Search for the factors that affect well-being. *Korean J Health Psychol* 2006;11:125-145.
- 22) Seligman MEP. Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In: Lopez SJ, Snyder CR, editors. *Handbook of positive psychology*. London: Oxford University Press;2002. p.3-9.
- 23) Gable SL, Haidt J. What (and why) is positive psychology? *Rev Gen Psychol* 2005;9:103-110.
- 24) Seligman ME, Csikszentmihalyi M. Positive psychology. An introduction. *Am Psychol* 2000;55:5-14.
- 25) Norman RM, Malla AK. Stressful life events and schizophrenia. I: A review of the research. *Br J Psychiatry* 1993;162:161-166.
- 26) Cho SH, Woo JM, Kim W, Byun KR, Kang EH, Choi SW, et al. The development of the 'Mental Fitness' Scale. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2011;50:116-124.
- 27) Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SL, et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med* 2002; 32:959-976.
- 28) Kim YS. The validation of Korean version of mental health screening instruments (K10,K6). *Korean Acad Ment Health Soc Work* 2011; 37:65-88.
- 29) Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess* 1988;52:30-41.
- 30) Lee JI. Attachment of the elderly people and psychological well-being, social interaction. *Korean J Soc Pers Psychol* 2004;18:11-29.
- 31) Paykel ES. Life stress, depression and attempted suicide. *J Human Stress* 1976;2:3-12.
- 32) Poudel-Tandukar K, Nanri A, Mizoue T, Matsushita Y, Takahashi Y, Noda M, et al. Social support and suicide in Japanese men and women - the Japan Public Health Center (JPHC)-based prospective study. *J Psychiatr Res* 2011;45:1545-1550.